



Ärztliches Attest zum Masernschutzgesetz

Name, Vorname _____

geb. am / in _____

Die o.g. Person muss keinen Impfschutz gg. Masern vorweisen, da sie vor dem 01.01.1971 geboren wurde.

Richtig

Masernimpfung 1 _____ (Datum)

Masernimpfung 2 _____ (Datum)

Alternativ:

Titerbestimmung

Masern IgG (U/ml) _____ (+Datum)

Masern IgM positiv negativ

Impfausschluß

Es liegt eine chronische Kontraindikation zur Impfung gg. Masern vor.

Ja

Nein

Die o.g. Person erfüllt die Vorgaben des IfSG §20, um in medizinischen Einrichtungen tätig zu werden.

Ja

Nein

Ort, Datum _____

Unterschrift, Stempel